

**Formulario para Solicitar Búsqueda de Cuidado Infantil  
Base de Datos de LOCATE: Child Care**

**Descargo de Responsabilidad:** Todos los programas listados en la base de datos LOCATE: Child Care están regulados por la Oficina de Cuidado Infantil del Departamento de Education del Estado de Maryland, aprobados por el Departamento de Educación del Estado ó certificados por el Departamento de Salud e Higiene Mental del Estado de Maryland. Cuando LOCATE identifica y provee a los padres con listados de programas, esto significa que los programas identificados están regulados por la agencia apropiada y han cumplido con los requisitos establecidos por dicha agencia. La responsabilidad de proveer a LOCATE con listados actualizados y correctos de proveedores registrados, recae sobre las agencias reguladoras. La Responsabilidad de seleccionar y emplear a un proveedor de Cuidado Infantil recae sobre los padres.

**LOCATE: Child Care no puede garantizar la calidad de servicios que ofrecen los proveedores que están en sus archivos é incetiva a los padres a entrevistar minuciosamente y a verificar referencias antes de dejar a sus niños bajo el cuidado de estos programas. Los nombres de proveedores referidos por LOCATE no constituyen una recomendación en cuanto a la calidad de los programas ó servicios proporcionados por tales proveedores.**

Favor de enviar el formulario lleno por fax al **301-279-1812** o envíelo al:

**LOCATE: Child Care  
Montgomery County Child Care Resource and Referral Center  
332 West Edmonston Drive  
Rockville, MD. 20852**

Solicitaciones vía fax: favor de dar 24 horas para procesar. Si necesita asistencia llame al **240-777-3130**  
Por favor conteste todas las preguntas. Respuestas incompletas retrasaran el proceso de su solicitud.

**Información Personal (Favor de escribir claro)**

1. Nombre completo del padre: \_\_\_\_\_
2. Dirección: \_\_\_\_\_
3. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_
4. Es Ingles su idioma materno?     Sí                     No

Si no, cuál es su idioma materno? \_\_\_\_\_

**Las familias con niños que tengan algún tipo de necesidad especial, tales como retasos en el desarrollo, problemas de comportamiento, condiciones físicas o médicas podrían calificar para nuestros ervicios especializados. Favor de llamar al 240-777-3130 para confirmar su elegibilidad antes de llenar este formulario.**

**También ofrecemos servicios especializados para empleados de compañías que tienen contratos con LOCATE. Favor de indicar el nombre de su empleador**

5. Empleador: \_\_\_\_\_
6. Empleador del conyuge: \_\_\_\_\_

7. Alguna vez a utilizado los servicios de LOCATE: Child Care? (favor de escribir claro)
- Nunca
  - Sí. Encontré cuidado pero aún necesito más referidos.
  - Sí. No encontré cuidado y aún necesito más referidos.

8. Razón por la que necesita cuidado infantil?

- Empleo de los padres
- Mudanza/relocalización
- Estudios del Padre
- Entrenamiento del Padre
- Búsqueda de empleo
- Socialización del niño/a
- Educación del niño/a
- Disatisfecho con el cuidado actual (razón): \_\_\_\_\_

Para reportar una queja llame a la Oficina de Cuidado Infantil al 240-314-1400.

---

**LOCATE: Child Care hace llamadas de control de calidad. Nos daría permiso para contactarle?**

Yes

No

- 
9. Número de teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

10. Número de teléfono del casa: \_\_\_\_\_

11. Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

12. Número de fax: \_\_\_\_\_

Cuál es el mejor teléfono para llamarle?  Trabajo  Casa  Celular

Cuál es la mejor hora para llamarle entre las 9:00am-12:00pm y la 1:00pm-5:00 pm? \_\_\_\_\_

13. Cuál es su relación con el/la niño/a? (favor de marcar uno):

- Padre  Agencia  Amigo  Pariente

14. Cómo escucho de LOCATE: Child Care desde un comienzo? (favor de marcar uno)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Guía Telefónica             | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales             |
| <input type="checkbox"/> Media                       | <input type="checkbox"/> Página Web                                     |
| <input type="checkbox"/> Poster/Pamfleto             | <input type="checkbox"/> Hospital                                       |
| <input type="checkbox"/> Escuela                     | <input type="checkbox"/> Pariente                                       |
| <input type="checkbox"/> Empleo                      | <input type="checkbox"/> Agencia (Biblioteca, Agencia Comunitaria, etc) |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado/Centro | <input type="checkbox"/> Centro de Recursos y Remisiones                |
| <input type="checkbox"/> Amigo                       | Nombre: _____   |

15. Como desearía recibir sus referidos? (favor de marcar uno)

- Teléfono  Correo Postal  Fax/Número de fax: \_\_\_\_\_

16. Desearía cuidado cerca de: (favor de marcar uno):

- Residencia

- Empleo
- Escuela del Padre
- Casa de un pariente
- Escuela o residencia del niño/a
- Residencia y/o empleo
- En ruta a la escuela o empleo

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

17. Yo me transporto utilizando (favor de marcar uno):

- Auto
- Camino
- Tren/Metro (estación de tren): \_\_\_\_\_
- Autobus público (ruta número): \_\_\_\_\_

**Intento de alcance a la comunidad:**

**LOCATE: Child Care participa** en varios programas de alcance a la comunidad, hacemos las preguntas que vienen a continuación para ayudarle a determinar si podría ser elegible para alguno de estos programas. Números telefónicos y información de contacto de dichos programas se encuentra a continuación.

18. ¿Cuántos miembros hay en su familia inmediata? (padre(s) y niño(s) solamente): \_\_\_\_\_

19. ¿Hogar con un sólo padre o con ambos?: (favor de marcar uno)  Sólo  Ambos

20. ¿Cuántos niños hay en su familia inmediata? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos niño/s necesitan cuidado? \_\_\_\_\_

21. Y su familia inmediata recibe:  
 TCA—Asistencia Temporal Financiera  Sí  No  
 FS—Estampillas de Comida  Sí  No

22. A solicitado TCA pero aún no esta recibiendo los beneficios?  Sí  No

23. Y su niño/a recibe:  
 MA—Asistencia Médica  Sí  No  
 SSI—Ingreso Suplementario del Seguro Social  Sí  No

24. Hay cobertura de seguro médico que cubre los niños bajo la edad de 19 años?  
 Sí  No

**Si usted no tiene cobertura de salud para sus niños, por favor lea y responda la siguiente pregunta:**

25. Su familia podría esta elegible para **Medicaid** si cumple con la composición familiar y el ingreso limite. Favor de marcar uno:

**Composición**

**Familiar Limite de Ingreso**

- 2 \$28,000
- 3 \$35,200
- 4 \$42,400
- 5 \$49,600
- 6 \$56,800
- 7 \$64,000
- 8 \$71,200

- SI—Podría ser elegible (**Contacte 240-777-4769**)
- Elegible—no necesito el número
- Tengo cobertura de salud
- NO—por encima de la tabla de ingreso límite
- Prefiero nt compartir información

**Responda si u niño es menor de 5 años de edad:**

26. Su familia podría ser elegible para **WIC (Mujeres, Infantes y Niños)** si cumple con la composición familiar y el ingreso limite. Favor de marcar uno:

**Composición**

Familiar	Limite de Ingreso
1	\$19,240
2	\$25,900
3	\$32,560
4	\$39,220
5	\$45,880
6	\$52,540
7	\$59,200
8	\$65,860

<input type="checkbox"/> SI—elegible ( <b>Contacte 301-762-9426</b> )
<input type="checkbox"/> Elegible, no necesito el número
<input type="checkbox"/> NO—por encima de la tabla de ingreso límite
<input type="checkbox"/> Recibiendo WIC al momento
<input type="checkbox"/> Niño pasa la edad
<input type="checkbox"/> Prefiero nt compartir información

27. ¿Recibe vales de **Subsidios de Cuidado Infantil**?  Sí  No

**Si no es así, favor de responder las siguiente pregunta:**

28. Su Familia podría ser elegible para **Subsidios de Cuidado Infantil** si cumple con la composición familiar y el ingreso limite. Favor de marcar uno:

**Composición**

Familiar	Límite de Ingreso
2	\$34,500
3	\$52,000
4	\$58,000
5	\$58,000
6	\$58,000
7	\$58,000
8	\$58,000

<input type="checkbox"/> YES—elegible ( <b>Contacte 240-777-1155</b> )
<input type="checkbox"/> Elegible, no necesito el número
<input type="checkbox"/> NO—por encima de la tabla de ingreso límite
<input type="checkbox"/> Prefiero nt compartir información
<input type="checkbox"/> Recibiendo en el momento
<input type="checkbox"/> Recibiendo WPA

29. Necesita información acerca para entablar una demanda de pensión alimenticia?  Si  No  
Si es así, favor de llamar al **1-800-332-6347**.

30. Su Familia podría ser elegible para **Earned Income Credit/Credito de Impuestos** si cumple con el tamaño de su familia y el ingreso limite.

Composición Familiar	Límite de Ingreso
Padre solo + 1 niño(a)	\$33,241
Padre solo + 2 niños o más	\$37,783
Ambos padres + 1 niño(a)	\$35,241
Ambos padres + 2 niños o más	\$39,783

Cree usted que es elegible?  Sí  No  
Si es así, favor de llamar al **1-800-492-0618** or **1-410-685-0525**.

**Información de su Cuidado Infantil que tiene en el momento**

31. ¿Cuál es su arreglo de cuidado infantil que tiene en el momento?

- Programa Licenciado de Cuidado Infantil en el Hogar
- Programa Licenciado de Cuidado en Centros

- Pariente (en casa del pariente)
- Pariente (en casa de los padres)
- Niñera ( en casa de los padres)
- Niñera (no parentesco con el niño(a) e la casa de la niñera)
- Ningun programa de cuidado por el momento

**32. Información del Niño(a) :**

Se **require** completar la información de abajo para procesar su búsqueda de cuidado infantil.

	Niño/a 1	Niño/a 2	Niño/a 3	Niño/a 4	Niño/a 5
Primer nombre del niño(a)					
Edad del niño(a) meses/años	___ meses o ___ años				
Género: M, F o 00 (gestación)	M F 00				

33. Si su niño/a tiene 5 años (5) esta él registrado para atender el Kindergarten?  Sí  No

34. ¿Cuanto puede o esta dispuesto a pagar por el cuidado semanal? \_\_\_\_\_

¿Esta usando vales de POC/WPA?  Sí  No

35. ¿ Para cuando necesita el cuidado? (favor de marcar uno)

- Dentro de los próximos 15 días.
- Dentro de los próximos 30 días
- Dentro de los próximos 60 días
- Dentro de los próximos 90 días
- Después de 90 días

36. ¿Qué tipo de cuidado prefiere? (favor de marcar uno)

- Medio tiempo (menos de 5 días a la semana)
- Tiempo complete (5 días a la semana)
- Temporal
- Suplente

37. ¿Qué días necesita el cuidado? (marque todos los que apliquen)

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> domingo   | <input type="checkbox"/> jueves                                     |
| <input type="checkbox"/> lunes     | <input type="checkbox"/> viernes                                    |
| <input type="checkbox"/> martes    | <input type="checkbox"/> sábado                                     |
| <input type="checkbox"/> miércoles | <input type="checkbox"/> Flexible (días variado de semana a semana) |

38. ¿De que hora a que hora necesita cuidado?

Dejarlo a las: \_\_\_\_\_

- AM  PM

Buscarlo a las: \_\_\_\_\_

- AM  PM

Flexible (día y horas varían)

Antes de la escuela

Después de la escuela

Antes y después de la escuela

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antes del Kindergarten                | Nombre de la escuela: _____ |
| <input type="checkbox"/> Después del Kindergarten              | Nombre de la escuela: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antes y después del Kindergarten      | Nombre de la escuela: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antes del Head Start o PreK           | Nombre de la escuela: _____ |
| <input type="checkbox"/> Después del Head Start o PreK         | Nombre de la escuela: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antes y después del Head Start o PreK | Nombre de la escuela: _____ |

39. ¿Qué tipo de cuidado prefiere?

- Hogares con Licencia       Centros       Hogares y Centros

40. Tipo de programa: (marca todos los que apliquen)

- Jardín de infancia aprobado por Departamneto de Educación (programa de 10 meses-medio día)  
 Pre-Kindergarten  
 Kindergarten privado(programa de 10 meses)  
 Campamento/Programa de verano  
 Head Start en la comunidad (debe estar en un nivel de pobreza federal)

41. ¿Y su niño necesita ser escoltado a la parada del autobús escolar o a la escuela?

- a la parada del autobús escolar       a la escuela

42. Requisitos específicos (favor de marcar todos los que apliquen):

- hogar libre de humo de cigarrillo  
 Libre de humo de cigarillo durante el día (el acto de fumar sólo ocurre cuando no hay niños)  
 Jardín/patio cercado  
 No piscina  
 Entrena para el uso del baño  
 No perros  
 No gatos  
 Dieta especial: \_\_\_\_\_

\*Tipo de vivienda:  Departamento       Casa para familia sólo       Townhouse  
 Otro: \_\_\_\_\_